

Violência por Parceiro Íntimo Durante a Gestação: O Papel da Psicologia Hospitalar no SUS – Um Estudo de Caso

Viviane Pereira Rodrigues Lima

Resumo

A violência por parceiro íntimo é um problema de saúde pública com repercussões multifatoriais para a saúde materna e fetal. O período gestacional é marcado por mudanças físicas e emocionais, gerando uma vulnerabilidade biopsicossocial onde a mulher recorre mais aos serviços de saúde, assim pode favorecer a identificação quanto à intensificação das situações de violência. O hospital ocupa um lugar estratégico no acolhimento e cuidado dessas mulheres. O presente artigo é baseado em um caso analisado que se refere a uma gestante em situação de violência sexual, psicológica e patrimonial, que não se reconhecia como vítima, vivenciando coerção por parte do ex-companheiro associada à vulnerabilidade socioeconômica. A análise foi realizada por meio da experiência prática da Psicologia Hospitalar da autora e fundamentação teórica. A Psicologia Hospitalar exerce papel fundamental no reconhecimento, acolhimento e enfrentamento da violência por parceiro íntimo, mesmo quando a violência não é identificada de forma imediata pela mulher, contribuindo para o fortalecimento da autonomia e para o cuidado no SUS.

Palavras-chave: Violência por parceiro íntimo. Gestação. Psicologia Hospitalar. SUS.

Introdução

A Lei 11.340/2006 mais conhecida como Lei Maria da Penha, refere que “violência doméstica e familiar contra a mulher é qualquer ação ou omissão baseada no gênero que lhe causa morte, lesão, sofrimento físico, sexual, psicológico e dano moral ou patrimonial”. No artigo 5, alínea III cita também que em qualquer relação íntima de afeto, na qual o agressor conviva ou tenha convivido com a vítima, independentemente de coabitação. (Brasil, 2006).

A Violência por Parceiro Íntimo (VPI) não se constitui apenas como uma questão de cunho social, mas também está ligada à saúde pública. O período gestacional é uma etapa singular na vida da mulher, marcada por mudanças biopsicossociais e por maior contato com os serviços de saúde. De forma antagônica este também é um momento em que a violência por parceiro íntimo pode se manter ou até aumentar, representando um importante fator de risco para a saúde mãe e bebê e exigindo respostas qualificadas dos serviços de saúde.

Nesse contexto, o Sistema Único de Saúde (SUS), em especial o ambiente hospitalar ocupa posição estratégica na identificação, acolhimento e cuidado de gestantes em situação de violência. A Psicologia Hospitalar é área fundamental nesse processo, e contribui com a escuta ativa e qualificada, o acolhimento do sofrimento psíquico e a articulação com a rede de atenção em saúde mental e proteção social.

Diante disso, este artigo tem como objetivo refletir sobre a violência por parceiro íntimo durante a gestação e o papel da Psicologia Hospitalar no SUS no reconhecimento, acolhimento e cuidado às mulheres em situação de violência.

Metodologia

O artigo apresenta-se como estudo de caso teórico-reflexivo, baseado na descrição de uma situação real de violência por parceiro íntimo durante a gestação em uma unidade de saúde. O caso foi analisado a partir da experiência prática da Psicologia Hospitalar, interligando dados clínicos com a literatura científica.

A revisão bibliográfica foi realizada por meio de pesquisa em bases de dados eletrônicas reconhecidas, incluindo SciELO (Scientific Electronic Library Online), PubMed/MEDLINE, LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), Google Scholar

(Google Acadêmico), BDENF (Base de Dados em Enfermagem) e CINAHL (Cumulative Index to Nursing & Allied Health Literature), considerando estudos publicados entre 2003 e 2024.

Além dos artigos científicos, a pesquisa incorporou a análise da Lei nº 11.340/2006 (Lei Maria da Penha), buscando contextualizar os marcos legais e instrumentos de proteção das mulheres vítimas de violência doméstica.

Em caráter complementar, o artigo inclui reflexão baseada na experiência prática em contexto hospitalar, a partir do acompanhamento de uma gestante em situação de violência por parceiro íntimo. No caso analisado, a gestante, mãe de outros filhos, vivenciava coerção do ex-companheiro e não se reconhecia como vítima de violência, apresentando sentimentos de culpa por ceder às exigências do agressor para garantir sustento às crianças. O caso resultou em óbito gestacional, evidenciando a gravidade e as consequências da violência silenciosa no contexto familiar e hospitalar. A análise do caso foi realizada de forma crítica e reflexiva, respeitando sigilo e anonimato, permitindo a articulação entre evidências da literatura e a prática clínica da Psicologia Hospitalar.

Impactos da violência por parceiro íntimo na saúde materna

Segundo Menezes et al. (2003), a vivência da violência doméstica está associada a impactos na saúde da mulher incluindo queixas ginecológicas, alterações na saúde sexual e diversas complicações obstétricas, como gestações não planejadas, atraso no início do pré-natal, abortamento, natimortalidade, baixo peso ao nascer, parto prematuro e perdas fetais. Além de repercussões voltadas ao campo da saúde mental: tentativas de suicídio, sintomas depressivos, ansiedade, uso de substâncias psicoativas e síndrome do estresse pós-traumático.

Diante desse contexto, o atendimento inicial no ambiente hospitalar é fundamental para a identificação e o reconhecimento da violência sofrida pela gestante. A escuta sensível, o olhar empático, a leitura atenta de sinais durante o atendimento criam um ambiente propício que possibilita o reconhecimento da violência mesmo quando ela não é verbalizada, assim a atuação da Psicologia Hospitalar mostra-se estratégica ao oferecer o acolhimento qualificado, registro e

orientações sobre direitos da mulher e articulação com a rede de saúde mental, promovendo cuidado integral à gestante.

Relato de Caso

Paciente L, gestante em sua quarta gestação, deu entrada em unidade hospitalar apresentando queixas relacionadas ao seu estado de saúde física e emocional. Durante a avaliação, foi possível identificar que a paciente vivia sob coerção do ex-companheiro, que a ameaçava de não pagar a pensão dos filhos caso não cedesse às suas investidas de cunho sexual. L, referia sentimento de medo de faltar alimentação aos filhos, fato este que lhe fazia ceder a investidas do ex-parceiro, verbalizava que não nutria mais sentimentos pelo mesmo, porém as ameaças e sua situação econômica, caracterizadas pela situação de insegurança alimentar faziam com que L tornar-se vítima de violência por parceiro íntimo. A situação evidencia que fatores como vulnerabilidade social e econômica podem intensificar a coerção e dificultar o reconhecimento da própria condição de vítima.

Pode-se observar que no caso de L. existem três tipos de violência: sexual, psicológica e patrimonial. No caso da Paciente L, o ex-companheiro coagia a gestante a manter relações sexuais contra sua vontade, sob ameaça de não pagar a pensão dos filhos. Essa situação se enquadra como violência sexual, definida pela Lei nº 11.340/2006 (Lei Maria da Penha) como qualquer ação ou omissão que atente contra a liberdade sexual da mulher, incluindo coerção, imposição sexual ou qualquer forma de exploração (Brasil, 2006).

Assim, conseqüentemente, L apresentava sentimentos de medo, culpa e desamparo em decorrência das ameaças e da coerção do ex-parceiro. De acordo com a Lei nº 11.340/2006 (Lei Maria da Penha), constitui violência psicológica qualquer conduta que cause dano emocional, diminuição da autoestima, manipulação, intimidação ou ameaça, comprometendo o desenvolvimento pessoal da mulher e limitando sua liberdade de decisão (Brasil, 2006). No caso da Paciente L, o controle exercido pelo ex-parceiro sobre suas decisões e a manipulação emocional para que cedessem às investidas sexuais caracterizam esse tipo de violência. O antigo companheiro ameaçava não pagar a pensão dos filhos caso ela não cedesse às suas exigências, configurando violência patrimonial.

De acordo com a Lei Maria da Penha, considera-se violência patrimonial qualquer conduta que configure retenção, subtração, destruição ou controle indevido de bens, recursos

econômicos ou instrumentos de trabalho da mulher, limitando sua autonomia e independência financeira (Brasil, 2006).

Em relação ao contexto do caso, a gestante cedia às imposições do parceiro devido à preocupação com a alimentação e sustento dos filhos, evidenciando como a manipulação econômica reforça outras formas de violência por parceiro íntimo.

Durante a realização de um exame de ultrassonografia, a gestação de L foi diagnosticada como interrompida devido ausência de batimento cardíaco fetal (BCF). A paciente foi conduzida para realização de wintercuretagem (WC). O setor de psicologia realizou os encaminhamentos pertinentes para acompanhamento psicológico na rede de atenção básica e acolhimento multiprofissional no Centro Especializado de Atendimento à Mulher (CEAM) devido à situação de violência vivenciada, mesmo não reconhecida pela paciente e fortalecimento de sua autonomia e protagonismo.

A parceria com o Serviço Social foi fundamental para compreender o contexto socioeconômico da paciente e viabilização dos seus direitos, como Programa de Transferência de renda (Bolsa Família), Benefício assistencial à pessoa com deficiência (BPC -LOAS), já que um de seus filhos possuía uma condição crônica de saúde, atualização do Cadastro Único (CADUNICO), demonstrando a importância de uma abordagem multiprofissional integrada para mulheres em situação de vulnerabilidade.

Atuação da Psicologia Hospitalar na prática

A Psicologia Hospitalar tem um papel importante no cuidado integral à gestante em situação de violência por parceiro íntimo, atuando na identificação precoce, suporte emocional e encaminhamentos adequados.

Entre as principais ações do psicólogo hospitalar destacam-se:

Acolhimento e escuta sensível - oferecer um espaço seguro e empático, respeitando o tempo e os limites da gestante, de modo a validar experiências relatadas durante o atendimento e reduzir sentimentos como de culpa, medo e desamparo.

O acolhimento e a escuta qualificada também permitiram que o psicólogo identificasse fatores de risco e necessidades específicas de L, facilitando o encaminhamento para outros serviços da rede de proteção (serviço social, setor jurídico, obstetrícia) e integrando a abordagem multiprofissional necessária para a promoção de segurança e bem-estar da gestante e de seus filhos.

Psicoeducação na prática hospitalar – no contexto da violência por parceiro íntimo, a psicoeducação configura como uma estratégia importante da Psicologia Hospitalar, especialmente quando a paciente não reconhece sua condição de vítima, como ocorreu no caso de L. Trata-se de uma intervenção terapêutica e educativa que busca informar e capacitar a paciente sobre os tipos de violência e os fatores de vulnerabilidade envolvidos, promovendo compreensão dos impactos emocionais, legais e sociais

da situação, com o objetivo de fortalecer a autonomia, o protagonismo e o autocuidado (Moraes Galdino et al., 2022).

No caso de L, a psicoeducação foi aplicada de forma respeitosa e sensível, fornecendo informações sobre direitos legais, tipos de violência previstos na Lei Maria da Penha e estratégias de proteção, mesmo que a paciente não tenha reconhecido ou identificado a própria condição de vítima. Estudos indicam que a psicoeducação contribui para o desenvolvimento de comportamentos adaptativos, a reflexão sobre riscos e a tomada de decisões mais conscientes, favorecendo o engajamento com o cuidado e o fortalecimento da rede de apoio, mesmo em situações de resistência ou negação (Moraes Galdino et al., 2022).

Registro ético e sigiloso das informações – o registro das informações de vítimas de violência por parceiro íntimo deverá ser feito de maneira ética e sigilosa, de acordo com o Código de Ética Profissional do Psicólogo que refere que o psicólogo deve preservar o sigilo das informações obtidas no atendimento e utilizá-las para cuidado e proteção do paciente. (CPF,2005).

Na prática hospitalar a utilização de linguagem objetiva e técnica evitando detalhes que expusessem a gestante e assim evitando a revitimização.

Ainda que a Lei Maria da Penha não tenha uma norma que fale diretamente sobre registros em prontuários de saúde, ela cita políticas públicas para proteção da mulher com atenção

humanizada, assim possibilitando o atendimento integral da vítima, refere sobre a importância do atendimento especializado a fim de preservar a segurança e dignidade da mulher e quando trata sobre as medidas protetivas reforça a necessidade de resguardar a ofendida, o que inclui exposição indevida das informações. (Brasil, 2006).

Articulação com a rede de atenção à saúde e proteção social

A psicologia hospitalar trabalha alinhada com a dinâmica da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), de forma a promover o cuidado integral ao paciente e assim os encaminhamentos pertinentes.

A RAPS foi criada pela Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, do Ministério da Saúde. Muito além da discussão de casos sobre uso de substâncias/álcool a RAPS, concentrasse um ponto de apoio interdisciplinar essencial para formulação de projetos terapêuticos singulares (PTS), visando o cuidado longitudinal nos pós alta hospitalar. A RAPS articula com os diferentes dispositivos de saúde mental e proteção social, assim uma estratégia valiosa para Psicologia hospitalar no SUS. (Brasil,2011).

Considerações Finais

O presente trabalho permitiu ter uma percepção da violência por parceiro íntimo durante o período gestacional como um fenômeno complexo perpassado por questões sociais, econômicas, psíquicas, subjetivas num viés multifacetado, considerado também um problema de saúde pública.

A análise do caso da paciente L ressalta que a violência nem sempre se manifesta de forma explícita, ela atua na invisibilidade, no cerceamento de direitos, na disparidade econômica de gêneros, na objetificação do ser mulher.

Mesmo diante que do que podem ser caracterizadas como violência sexual, psicológica e patrimonial, a mulher não se reconhecer como vítima, pode estar associada à garantia de sobrevivência dos filhos e crença nuclear do corpo feminino pertencente ao homem, com viés social que o exima da responsabilidade do crime cometido por apenas ter o gênero masculino.

Esse aspecto reforça a atuação psicológica não impositiva que respeite o tempo psíquico de cada paciente e evite os processos de revitimização.

Nessa conjuntura a Psicologia Hospitalar no SUS visa oferecer o acolhimento, escuta ativa e sensível, intervenções de psicoeducação para proporcione gradativamente a ampliação da

compreensão das situações vivenciadas, o fortalecimento da autonomia da mulher e criação de estratégias de cuidado e proteção à gestante vítima de violência por parceiro íntimo.

Mesmo que a violência não seja reconhecida de forma imediata, o trabalho do psicólogo hospitalar contribui para abertura de espaços de ressignificação. Evidencia-se no artigo a importância do trabalho multiprofissional e da articulação com a rede de atenção à saúde e de proteção social, levando em conta a importância na RAPS nesse processo, do Serviço Social e dispositivos especializados de atendimento à mulher. Toda essa integração é fundamental para a garantia do cuidado integral, continuidade do acompanhamento pós alta hospitalar e o enfrentamento das diversas vulnerabilidades acometidas pelas gestantes em situação de violência.

Por fim, considera-se a relevância do registro ético e sigiloso no prontuário como instrumento de cuidado conforme recomendado pelo Código de Ética do Psicólogo. A Psicologia Hospitalar reafirma seu papel estratégico no reconhecimento, acolhimento e enfrentamento a violência por parceiro íntimo quando se coloca na linha de frente da atuação, contribuindo para saúde integral da mulher.

Referências

Araújo GA de, da Conceição HN da, Brito P dos S, Rocha MR da, Dantas JR, Silva LP. VIOLÊNCIA POR PARCEIRO ÍNTIMO NA GESTAÇÃO E REPERCUSSÃO NA SAÚDE DA MULHER E DO CONCEITO. Rev. Enferma. Atual In Derme [Internet]. 27º de março de 2023 [citado 21º de janeiro de 2026];97(1):e023047. Disponível em: <https://www.revistaenfermagematual.com.br/revista/article/view/1514>

Barros, M. C., & Santos, R. M. (2015). Psicoeducação: conceitos e aplicações na prática clínica. *Revista de Psicologia da IMED*, 7(2), 180–189

BRASIL. Lei n.º 11.340, de 7 de agosto de 2006. [Lei Maria da Penha]. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher... Brasília, DF, 2006. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/111340.htm. Acesso em 21 jan. 2026.

Brasil. Ministério da Saúde. *Portaria n.º 3.088, de 23 de dezembro de 2011*. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União: Brasília, DF, 26 dez. 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011.html. Acesso em 24 jan. 2026.

Conselho Federal de Psicologia (CFP). Código de Ética Profissional do Psicólogo. Resolução CFP n.º 010/2005. Brasília: CFP, 2005. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2019/05/codigo-de-etica-profissional-do-psicologo.pdf>. Acesso em: 20 jan. 2026.

Marques, S. S.; Riquinho, D. L.; Santos, M. C. D.; Vieira, L. B. *Strategies for identification and coping with intimate partner violence among pregnant women*. Rev Gaúcha Enferm, Porto Alegre, v. 38, n. 3, e67593, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2017.03.67593>

MENEZES, T.C. et al. Violência física doméstica e gestação: resultados de um inquérito no puerpério. RBGO, v. 25, n. 5, p. 309-16, 2003.

Moraes Galdino, M., Vicente da Silva, M. C., Anacleto Torres Lopes, G., Lima de Souza, G., Vieira da Silva, M., & dos Anjos Santos Andrade, L. (2022). *Intervenções psicoeducativas no contexto da saúde: uma revisão narrativa*. Caderno de Graduação – Ciências Humanas e Sociais, 7(2), 21–29.